

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1912-1913 — N° 94.

A PROPOS
DU
TRAITEMENT ACTUEL
DE L'APPENDICITE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 28 juin 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Michel RIGAUD

Ex-interne des hôpitaux de Lyon

Né à Chambéry (Savoie), le 18 janvier 1887.



A. MALOINÉ, ÉDITEUR

Rue de la Charité, 6

LYON

Rue de l'École-de-Médecine. 25

PARIS

1913

A PROPOS
DU
TRAITEMENT ACTUEL
DE L'APPENDICITE

A PROPOS
DU
TRAITEMENT ACTUEL
DE L'APPENDICITE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 28 juin 1913

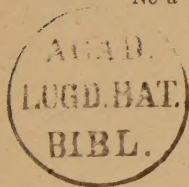
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Michel RIGAUD

Ex-interne des hôpitaux de Lyon

Né à Chambéry (Savoie), le 18 janvier 1887.



A. MALOINE, ÉDITEUR

Rue de la Charité, 6
LYON

Rue de l'École-de-Médecine, 25
PARIS

1913

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
COURMONT (J.) ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE,
PIERRET, BEAUVISAGE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD.
Clinique ophtalmologique	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JABOULAY.
Clinique des maladies mentales	FABRE.
Clinique des maladies des enfants	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS.
Physique médicale	LEPINE (J.).
Chimie médicale et pharmaceutique	WEILL.
Chimie organique et Toxicologie	POLLOSSON (A.).
Matière médicale et Botanique	CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ.
Anatomie	MOREL.
Anatomie générale et Histologie	MOREAU.
Physiologie	GUIART.
Pathologie interne	TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales	RENAUT.
Anatomie pathologique	MORAT.
Médecine opératoire	COLLET.
Médecine expérimentale et comparée	LESIEUR.
Médecine légale	PAVIOT.
Hygiène	POLLOSSON (M.).
Thérapeutique	COURMONT (P.).
Pharmacologie	LACASSAGNE.
	COURMONT (J.).
	PIC.
	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL.	agrégé.
Propédeutique chirurgicale	BERARD.	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN.	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND.	—
Accouchements	COMMANDEUR.	—
Embryologie	REGAUD.	—
Anatomie topographique	PATEL.	—
Botanique	BRETIN.	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD.	—
Clinique infantile	MOURIQUAND.	—
Propédeutique urologique	GAYET.	—
Déontologie et Médecine professionnelle	MARTIN (Et.).	—

AGRÉGÉS

MM. REGAUD.	MM. MARTIN (Et.).	MM. BRETIN.	MM. MOURIQUAN..
COMMANDEUR.	LAROYENNE.	LERICHE.	ARLOING (F.).
GAYET.	VORON.	THEVENOT.	GUILLESMARD.
NEVEU-LEMAIRE.	NOGIER.	TAVERNIER.	PIERY, ch....
PATEL.	LATARJET.	CADE.	SAVY, ch ...

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. WEILL, Président ; M. GAYET, Assesseur ;
MM. LAROYENNE et THEVENOT Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A mon Président de Thèse,

M. le Docteur EDMOND WEILL

Professeur de Clinique médicale infantile
Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

EXTERNAT ET INTERNAT

AVANT-PROPOS

L'idée de ce travail nous a été donnée par M. le docteur Delore, chirurgien des hôpitaux, dans le service duquel nous venons de passer un semestre d'internat.

Il consiste dans l'exposé de la statistique des appendicites opérées par lui pendant l'année 1912. Elles sont au nombre de 65.

Partisan de l'intervention immédiate, il opère aussi rapidement qu'il le peut. Et devant les résultats que nous pûmes constater dans son service par l'application de cette méthode, nous fûmes rapidement convaincu de sa supériorité.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE DU TRAITEMENT DE L'APPENDICITE

La question du traitement de l'appendicite aiguë est bien une de celles qui, au cours de ces dernières années, ont amené le plus de discussions entre médecins et chirurgiens, discussions qui, malheureusement, éclairaient peu le débat, créant, tout au contraire, dans l'esprit des praticiens, surtout de ceux qui, plus éloignés des centres hospitaliers, manquent souvent de termes de comparaison pour étayer leur propre conviction, un état d'incertitude dont la regrettable conséquence sera la lenteur avec laquelle les règles que commencent à se poser les chirurgiens seront acceptées par les malades non éduqués et par les médecins eux-mêmes.

Il nous a donc paru qu'en montrant dans toute leur simplicité les résultats opératoires obtenus au cours de l'année 1912 par M. le docteur X. Delore, notre maître, dans son service de la Croix-Rousse, nous ne pouvions que contribuer à apporter une preuve de plus de l'excellence de l'opération précoce dans l'appendicite, qui peu à peu rallie les suffrages des chirurgiens, et doit devenir la règle si longtemps cherchée dans des formules plus complexes, du traitement de l'appendicite.

Mais avant d'exposer et de commenter cette statistique et la ligne de conduite générale qui a guidé la thérapeutique chirurgicale des cas qui la constitue, il nous paraît nécessaire de rapidement parcourir les étapes franchies ces dernières années par le traitement de l'appendicite.

Le traitement de la crise appendiculaire

Peu de questions ont été aussi controversées que celles du traitement de la crise appendiculaire ; cependant, des nombreuses discussions ne sont sorties le plus souvent que des idées théoriques, difficilement applicables à la pratique, et l'assurance que la plupart des chirurgiens ne s'en rapportent le plus souvent, en matière d'appendicite, qu'à leur expérience personnelle.

Il est cependant une idée qui a bénéficié de la controverse et s'est affirmée peu à peu au cours de l'évolution du traitement de l'affection qui nous occupe : c'est qu'il y avait un puissant intérêt à pratiquer l'intervention précocement.

L'histoire clinique de l'appendicite est née des deux mémoires qu'un auteur américain Reginald Fitz, de Boston, publia en 1886, 1888 ; dans ces mêmes travaux, Fitz concluait déjà en faveur de l'opération précoce, que Weir, Bull, Seen adoptèrent et défendirent aussitôt. C'est en 1890, au Congrès des chirurgiens allemands, que Kümme! développa pour la première fois en Europe les méthodes des auteurs américains. Dès 1892, Poncet et Jaboulay eux aussi préconisent l'intervention immédiate — et peu à peu les opérations pratiquées dès le début de

la crise se multiplient, mais elles s'adressent à des cas très dissemblables, qu'une symptomatologie encore mal étudiée ne permettait pas de différencier, de telle sorte qu'à côté d'un certain nombre de succès se produisirent beaucoup de désastres, qui effrayèrent et désarmèrent les plus interventionnistes, et vers 1896, à la phase opératoire succède une phase de réaction, qui vit naître le traitement de l'appendicite par l'immobilité, la diète et la glace ; l'acte opératoire étant réservé aux ouvertures d'abcès ou aux péritonites diffuses. Sous l'influence du traitement médical, beaucoup de cas guérissaient, mais beaucoup aussi se compliquaient et, en 1895, Chauvel, expectant convaincu, estimait à 30 p. 100 la mortalité avec cette méthode.

À partir de 1896, Dieulafoy, s'appuyant sur un grand nombre d'observations concluantes, s'élève contre cette manière de faire, affirmant qu'il n'y a point de traitement médical de l'appendicite, et dès lors commence l'ère des discussions entre interventionnistes et non-interventionnistes à la Société de Chirurgie de Paris. Dieulafoy proposait les bases suivantes : dans les crises graves on doit opérer dans un délai de vingt-quatre heures, et au bout de trente-six heures dans les crises bénignes. En 1898, Poirrier, reprenant ces idées, ne reconnaissait aucune contre-indication à l'intervention « qui presque toujours utile n'est jamais nuisible » et il préconisait en outre l'ablation dans tous les cas, de l'appendice. Le Dentu affirme la nécessité d'opérer dans les vingt-quatre heures qui suivent le début des accidents, suivi par Routier, Hartmann, Second et Tuffier.

Mais le nombre des non-interventionnistes était tou-

jours considérable, Ricard, Schwartz, Guinard se déclaraient opportunistes, partisans du traitement médical, sans autre règle précise que l'expectation armée. Cependant, peu à peu les idées de Dieulafoy, appuyées par les accidents survenant au cours des traitements les mieux surveillés, gagnaient du terrain, et vers 1900 cette opinion prévalait enfin qu'une appendicite opérée dans les quarante-huit premières heures se présente le plus souvent avec des conditions de facilité très grandes, qu'à cette période la bénignité opératoire est presque équivalente pour les cas non compliqués de péritonite diffuse d'emblée à celle de l'appendicectomie à froid. Au Congrès des chirurgiens de Berlin, de l'Association allemande de chirurgie, Rötter, Körte, Kümmel, Rehn se montrent ardents partisans de l'intervention dans les quarante-huit premières heures et apportent déjà, à l'appui de leur opinion, des statistiques importantes. En France, d'ailleurs, si théoriquement la nécessité du traitement opératoire précoce était reconnue par beaucoup au cours des discussions de sociétés, les observations publiées restaient peu nombreuses et Mahar, dans sa thèse de Paris, de 1904, inspirée par Walther, ne peut réunir que 80 observations. Jusqu'à ces dernières années, ce sont les statistiques étrangères qui doivent donc nous servir de points de comparaison. Nous verrons tout à l'heure quelle objection on peut leur faire.

En 1909, Schuitzler, dans la *Deutsche medizinische Wochenschrift*, publie une statistique de 2.000 opérations d'appendicite, dont 937 à chaud, avec une mortalité globale de 10 p. 100.

444 cas opérés dans les quarante-huit premières heu-

res donnent une mortalité de 6,5 p. 100, ainsi décomposée :

153 cas opérés dans les vingt-quatre premières heures donnent une mortalité de 4,6 p. 100.

291 cas opérés de vingt-quatre à quarante-huit heures donnent 7,5 p. 100.

Passé quarante-huit heures, Schuitzler n'opère que les cas compliqués.

La statistique de Brauer, publiée par Fromme, en 1911, a le gros intérêt de porter sur un ensemble important de cas pris à des époques très diverses après le début de la crise.

76 cas opérés dans les quarante-huit premières heures donnent :

Une à douze heures, 0 décès.

Douze à vingt-quatre heures, 9,5 p. 100.

Vingt-quatre à trente-six heures, 13,6 p. 100.

Trente-six à quarante-huit heures, 21 p. 100.

Du troisième au cinquième jour pas d'intervention, sauf si une complication survient.

52 malades ainsi traités ont eu une mortalité par péritonite de 5,6 p. 100.

Après le sixième jour, l'intervention, pratiquée 99 fois, toujours pour des abcès, a donné 13,3 p. 100 de décès.

La statistique étrangère la plus récente est enfin celle de Burgess, de Manchester, portant sur 500 cas.

L'opération a été faite :

Moins de 24 heures après le début dans 66 cas avec 2 morts 3,05 %					
— 24 à 48 heures	—	— 77	—	— 3	— 3,08 %
— 3 ^e jour	—	— 96	—	— 4	— 6,2 %
— 4 ^e jour	—	— 55	—	— 5	— 9,09 %
— 5 ^e jour	—	— 46	—	— 9	— 19,05 %

Moins du 6 ^e jour après le début dans 21 cas avec 5 morts	23,08 %
— 7 ^e jour — — 21 — — 2 —	9,5 %
— 2 ^e semaine — — 77 — — 6 —	7,7 %
— 3 ^e — — — 40 — — 2 —	5 %

A l'étranger, la situation est donc la suivante, en présence d'une crise appendiculaire au début, l'intervention doit être pratiquée d'urgence, plus tôt elle sera pratiquée, plus grande sera sa bénignité, l'intervention sera elle-même facile, le drainage pourra être ou supprimé en totalité, ou considérablement réduit, les suites ultérieures seront simples, en particulier les éventrations post-opératoires seront aussi rares que dans l'intervention à froid.

Passé le délai de quarante-huit heures, les conditions anatomo-pathologiques changent. Ce n'est plus à un appendice libre que l'on a affaire, mais bien à un appendice entouré d'adhérences, insuffisantes à cloisonner efficacement le péritoine au cours de l'intervention et à le protéger de l'irruption du pus que l'on trouve fréquemment autour du vermium sphacélé. Les résultats de l'intervention, aux périodes de plus en plus éloignées du début, montrent une mortalité croissante du troisième au sixième jour, et qui décroît ensuite pour tomber au taux de 2 p. 100 dans la troisième semaine. Il semble donc, d'après ces statistiques, que lorsque l'intervention n'a pu être pratiquée dans les quarante-huit premières heures, il faille traiter médicalement, jusqu'au refroidissement complet, à moins de complication, c'est par cette méthode que Brauer a eu 5,6 p. 100 de mortalité.

En France, le principe de l'intervention précoce, ses bons résultats, son peu de gravité, ne sont plus discutés

aujourd'hui, et cependant il est encore bon nombre d'opportunistes, la preuve en est dans les paroles par lesquelles Hartmann, au dernier Congrès de Chirurgie, poussait à l'intervention dans l'appendicite, à propos de la prophylaxie de la péritonite appendiculaire : « Toutes les fois que nous nous trouvons en présence d'une appendicite aiguë chaude, lorsqu'il existe de la fièvre, de la douleur iliaque, de la défense musculaire, nous prenons immédiatement le bistouri, et jusqu'à maintenant nous n'avons pas vu un malade succomber à ces interventions précoces... Nous sommes convaincu que si nos collègues, *au lieu de discuter sur les cas*, de les suivre matin et soir, prêts à opérer au premier symptôme réellement alarmant, considéraient l'appendicite aiguë chaude comme une maladie à *opérer immédiatement* au même titre que la hernie étranglée, si cette notion pénétrait dans la masse des médecins imbus de cette idée fausse qu'il faut être opportuniste, s'ils pratiquaient l'opération au moment réellement opportun, c'est-à-dire au moment où les lésions sont encore limitées à l'appendice et aux parties immédiatement avoisinantes, on n'aurait plus à enregistrer une mortalité aussi considérable que celle que nous voyons encore aujourd'hui à la suite du retard apporté à l'intervention. En présence d'une appendicite qui évolue, le plus savant d'entre nous est encore incapable de prévoir ce qui va se passer. » Comme le dit en effet Hartmann, dans la suite de son exposé, la question en est ramenée une fois de plus actuellement à une question de diagnostic rapide qui permette d'opérer précocement. Il cite le résultat de la campagne menée par Küttner, à Breslau, en faveur de l'opération pré-

cocce, qui a fait tomber de 29,4 à 8,5 p. 100 la mortalité de l'appendicite à chaud.

La question du diagnostic précoce, que nous venons de soulever, n'est pas aussi aisée qu'elle en a l'air à solutionner, surtout en ce qui concerne le *pronostic précocce*. Un des gros reproches formulés contre l'intervention précoce par Roux, de Lausanne, notamment, et par bien d'autres, est qu'elle est souvent dirigée contre « des appendicites de complaisances », dont les bons résultats opératoires amélioreraient les statistiques actuelles. Sans être aussi simpliste que Sprengel, qui, en 1906, distinguait, des formes d'appendicite légère dont les symptômes s'atténuent en vingt-quatre heures, et pour lesquelles on s'abstiendra, et des formes graves où les accidents passés vingt-quatre heures persistent et s'accroissent, nécessitant l'intervention immédiate, on est bien obligé de reconnaître qu'un grand nombre de crises appendiculaires, qui ont pu présenter une symptomatologie assez violente pendant quelques heures, s'atténuent très rapidement dès le lendemain. En admettant, ce qui est d'ailleurs vrai, qu'une intervention ne fasse, dans ces conditions, courir aucun risque au malade, le caractère d'urgence, avec lequel elle aura été pratiquée n'est pas toujours sans inconvénients, à la campagne notamment, et si l'on suppose qu'une telle opération a pu être refusée par la famille qui, le lendemain, voit son malade guéri spontanément, on est bien obligé de conclure qu'une telle méthode n'est pas sans inconvénients pour le médecin, et que le pronostic précoce de la gravité de la crise est le corollaire obligé de l'intervention immédiate. Le plus souvent, d'ailleurs, la question est tranchée par le ma-

l'ade lui-même, qui, dans les crises légères auxquelles nous faisons allusion, ne se décide en général à consulter que douze heures environ après le début des accidents, et à cette période, les signes locaux sont assez nets dans les cas de crises sérieuses, c'est-à-dire ne devant pas s'évanouir complètement en quelques heures, pour que l'on puisse exiger l'intervention immédiate, si l'on est interventionniste.

Les statistiques françaises actuelles sont encore peu nombreuses. Nous avons signalé la thèse de Mahar qui, en 1904, avait pu rassembler 80 cas d'opérations pratiquées dans les quarante-huit premières heures, avec une mortalité de 5 p. 100. En 1906, Durand et Thévenot reconnaissaient une mortalité de 6 p. 100. A l'intervention, dans les vingt-quatre premières heures, et de 12 p. 100 dans la seconde journée. De nombreux cas isolés, ou par petites séries, ont été depuis publiés, attestant les progrès faits par la pratique de l'intervention précoce.

En 1909, Walther, au Congrès de Budapest, a publié sa statistique de 28 cas, pour lesquels il était intervenu de six à soixante-douze heures après le début. 13 cas, opérés de la sixième à la vingt-quatrième heure, n'ont donné aucun décès, 15 cas, opérés de la vingt-quatrième à la soixante-douzième heure, en ont donné 6. La mortalité est donc de 27 p. 100 dans les soixante-douze heures, de 18 p. 100 dans les quarante-huit heures, et de 5 p. 100 dans les trente-six heures.

Savariaud, dans une communication récente à la Société de Chirurgie de Paris, a donné aussi sa statistique concernant les cas dans lesquels la réaction péritonéale est limitée à la fosse iliaque droite, excluant donc

les péritonites appendiculaires d'emblée et secondaires. Dans 42 cas il est intervenu et a eu 42 succès, tous ses malades avaient été opérés dans les quarante-huit premières heures et présentaient des lésions appendiculaires graves. L'auteur conclut d'ailleurs à la nécessité de ne pas intervenir au delà de cette limite qu'il conseille même d'avancer à la trente-sixième heure, ayant été gêné par des adhérences chez les malades ayant dépassé cette période. Passé le délai de quarante-huit heures et à moins de complications, Savariaud n'intervient plus et attend la période de refroidissement complet.

Cette dernière conduite est, nous l'avons vu, adoptée par tous les chirurgiens conseillant l'intervention précoce, et qui, recherchant dans cette méthode, à la fois la sécurité et la facilité opératoire, condamnent l'intervention, que l'on pourrait appeler à tiède, c'est-à-dire celle pratiquée pendant la période s'étendant du deuxième jour à la troisième semaine et cela à cause de la gêne apportée par la présence d'adhérences gênant la recherche et l'ablation de l'appendice, de quantités plus ou moins grandes de pus, qui obligent à drainer, cette conduite semblant d'ailleurs justifiée par la statistique de Burgess, que nous avons déjà rapportée. Nous voulons terminer cet aperçu sur l'évolution du traitement de la crise appendiculaire par une statistique concernant des cas traités suivant une méthode toute différente, et qui nous semble-t-il correspond beaucoup plus à la réalisation pratique du traitement chirurgical de l'appendicite tel qu'il est possible de l'appliquer le plus souvent.

Témoin, au Congrès de Chirurgie de Paris 1912, a rapporté les faits suivants :

De 1900 à 1911, 1.442 opérations d'appendicite à chaud.

50 ont été opérés dans les trente premières heures.

200 ont été opérés dans les deux premiers jours.

Le reste après trois jours.

778 ont été opérés sans drainage, les lésions étant limitées à l'appendice, et ont donné 3 morts.

664 durent être drainés et ont donné 43 décès, sur ces 664 il y en eu 448 sans infection libre du péritoine avec 4 morts.

184 étaient des péritonites libres plus ou moins, généralisées et ont donné 39 morts (22 p. 100).

Et l'auteur conclut. « Tous les malades qui étaient en péritonite, sauf une vingtaine, avaient été victimes de la temporisation. Celle-ci, en effet, souvent dangereuse à la ville, où elle peut être surveillée, l'est beaucoup plus à la campagne, où la surveillance est impossible, où le malade, mal soigné par son entourage, peut avoir les plus graves complications, sans que les secours lui soient promptement donnés. »

Cette superbe statistique est, nous semble-t-il, d'autant plus intéressante qu'elle concerne des cas opérés à toutes les périodes de la maladie; elle nous paraît assez proche d'ailleurs de ce que nous avons vu dans certains milieux hospitaliers lyonnais, où l'on intervient à la réception du malade quel que soit la période de la maladie. Nous montrerons en particulier que la statistique qui fait l'objet de cette thèse s'est inspirée des mêmes conceptions de l'acte opératoire dans la crise d'appendicite aiguë.

Traitement des abcès

De tout temps les chirurgiens ont été d'accord sur une partie au moins du traitement des abcès appendiculaires, l'évacuation et le drainage de la collection suppurée ; par contre, la nécessité de l'ablation de l'appendice a été longtemps matière à discussion. Duteil, dans sa thèse, en a fort bien montré l'importance. Pendant de longues années, en effet, dès que l'empâtement de la fosse iliaque, succédant à des phénomènes appendiculaires, augmentait, accompagné de température oscillante et parfois d'œdème de la paroi, une rapide incision et un bon drainage assuraient le plus souvent une cessation rapide des accidents, et une guérison que l'on pouvait croire complète.

Mais, peu à peu, des cas de plus en plus fréquents de fistules rebelles à la suite de la simple incision, analogue à celui rapporté par Schwartz, à la Société de Chirurgie de Paris, en 1893, furent publiés un peu partout. Les interventions secondaires nécessitées par la persistance d'accidents semblables, par Poirier, Richelot, Routier. Bouilly, Kümmel, Reynier, par Guinard, obligé de réopérer 11 malades pour fistules ou pour récidives, se multiplièrent, de telle façon que Démoulin, en 1898, faisant une importante communication au Congrès de Chirurgie, concluait à la grande fréquence des fistules persistantes entretenues par un appendice ulcéré, à la suite d'une intervention incomplète. Complication que Duteil a observée dans 30 p. 100 des cas d'incisions simples. Ces fistules ne sont pas d'ailleurs la seule complication de ces opérations incomplètes, la récidive de la crise appen-

diculaire elle-même est possible. Vignard en a rapporté dans sa thèse des cas avec mort.

On s'est donc peu à peu astreint à rechercher l'appendice au cours des interventions pour abcès appendiculaires, cette manière d'agir s'est rapidement montrée la plus rationnelle : aux quelques inconvénients qui lui étaient reprochés, longueur plus grande de l'intervention, danger présenté par la dilacération des adhérences au contact de l'intestin rendu friable par l'inflammation, on a pu opposer la bénignité bien plus grande des suites opératoires et leur brièveté, enfin la recherche de l'appendice permet très souvent, au cours de l'intervention, la découverte de collections purulentes masquées par le cæcum, ou plongeant dans le pelvis, collections qui, négligées dans l'incision simple, constituent une source de dangers considérables pour le malade.

L'ablation de la cause, dans l'abcès, comme dans la péritonite appendiculaire, s'impose donc, et lorsqu'une évacuation vaginale ou rectale d'abcès pelvien a mis fin aux accidents immédiats de l'appendicite, l'appendicectomie à froid doit toujours être pratiquée, sans compter sur une nécrose complète de l'organe au cours de la crise, qui ne se produit jamais.

Telle est la conduite aujourd'hui admise par la grande majorité des chirurgiens, celle que consacrent les rapports d'Hartmann et de Témoin, au Congrès de Chirurgie de Paris 1912. Cependant, dans une communication récente, à la Société de Chirurgie de Paris, Lenormant est à nouveau revenu sur la question, conseillant de ne pas insister dans la recherche de l'appendice, tout en reconnaissant les avantages de cette recherche au point de vue de la découverte d'abcès insoupçonnés.

Traitement de la Péritonite appendiculaire

Son histoire se confond tout d'abord avec celle du traitement de toutes les péritonites généralisées et cela aussi longtemps que, l'effet étant pris pour la cause, on ignore l'étiologie de ces accidents. Par la suite, c'est avec le traitement de l'appendicite en général que se confondit celui de la péritonite, qui, trop souvent, était la première indication opératoire pressante reconnue alors.

Les premières tentatives chirurgicales remontent à 1880 avec Lawson Tait, qui rapporta alors 6 guérisons sur 8 cas opérés. Puis c'est Krönlein qui, en 1886, conseille la laparotomie précoce et le nettoyage de la cavité péritonéale. Par la suite, les tentatives opératoires se multiplient, mais à tel point qu'elles dépassent trop souvent leur but, par la complexité des lavages du péritoine et des drainages multiples et compliqués que l'on préconise alors, et qui n'empêchent pas une mortalité effrayante.

Bien qu'en 1889, Bouilly ait essayé de montrer que des actes beaucoup plus simples assuraient de bien meilleurs résultats, il en fut ainsi jusqu'à 1897, époque à laquelle une réaction identique à celle qui créa le traitement médical de l'appendicite se soit étendue à la péritonite appendiculaire avec Brun, Broca, Delbet, Jalaguier Walther, qui forts des résultats heureux obtenus dans quelques cas de syndromes péritonéaux à allure bruyante rapidement enkystés par la glace, l'immobilité et l'opium préconisaient le même traitement pour la généralité des cas.

Peu à peu, cependant, on est revenu au traitement chi-

rurgical qui simplifié et modifié à la lumière des connaissances acquises sur les propriétés de défense spontanée du péritoine commençait à donner de meilleurs résultats, et depuis 1900, la technique opératoire, les soins consécutifs et surtout les indications n'ont cessé de s'améliorer.

On a vu, plus haut, les bons résultats de l'opération précoce dans la crise de l'appendicite aiguë, ces résultats ont eu un retentissement immédiat sur la péritonite appendiculaire dont l'opération précoce a diminué la fréquence dans des proportions notables, puisque Küttner, à Breslau, a réussi, grâce à une vigoureuse campagne en faveur de l'appendicectomie immédiate, à réduire le nombre des péritonites diffuses graves post-appendiculaires de 35 à 8 p. 100. Mais l'application de la même méthode à la péritonite elle-même, c'est-à-dire l'opération d'urgence dès la constatation des premiers signes d'infection généralisée au grand péritoine, sans la moindre temporisation, sans perdre de temps à essayer le traitement médical, ont aussi amélioré notablement le pronostic antérieurement si sombre de cette affection. Nœtzel (1) opérant 127 péritonites dans les trois premiers jours a 32 décès, c'est-à-dire une mortalité de 18 p. 100, alors que l'intervention au delà du troisième jour, a donné dans 181 cas 79 décès, soit une mortalité de 43 p. 100. Rotter (2) a de même 14 morts dans 149 opérations précoces, soit 9,4 p. 100 et 93 dans 177 opérations tardives, soit 52 p. 100.

Enfin, Hartmann et Lecène, au Congrès de Chirurgie

(1) Cité par Hartmann. Congrès de chirurgie, Paris 1911.

(2) Zur Behaudlung des diffusen Peritonitis. *Arch. für klin. Chir.*, Berlin 1910, p. 1.

de Paris 1911, ont publié une statistique qui, elle aussi, est un éloquent plaidoyer en faveur de l'intervention très précoce en matière de péritonite.

15	malades opérés dans les 36 premières heures,	15	guérisons.
10	— après 48 heures,	9	guérisons 10 %.
9	— — 3 jours	5	— 45 %.
4	— — 3 — 1/2, 2	—	50 %.
8	— — 4 — et plus,	tous	mort.

Il est juste de dire que la nécessité de cette manière d'agir s'est imposée très rapidement à l'esprit de tous les chirurgiens.

En ce qui concerne la technique proprement dite de l'intervention, on a, avant tout, reconnu l'importance qu'il y avait à s'attaquer à la cause, à rechercher et à enlever l'appendice perforé ou gangrené, qui, laissé en place, contamine à nouveau le péritoine, malgré tous les lavages et la multiplicité des incisions de drainage. Lerat, en 1910, Arnaut, en 1911, ont, à juste titre, montré toute l'importance de cette ablation que Loison, en 1895, et Jalaguier, en 1898, ne jugeaient pas nécessaire et que la majorité des chirurgiens contemporains regardent maintenant comme indispensable.

L'appendice enlevé, la toilette du péritoine, à laquelle les Allemands surtout accordaient une grande confiance, n'est à peu près plus nécessaire, une bonne aspiration des sérosités septiques collectées au point déclive, suffira, sans qu'il soit nécessaire de recourir aux éviscérations, si chocantes, ni même aux grands lavages, dont les membres de la Société allemande de Chirurgie en 1910, ceux de la Réunion libre des chirurgiens de Berlin, pensent si grand bien, mais que Hartmann et Témoins ont déconseillés au dernier Congrès de chirurgie.

On a aussi cherché à aider le péritoine dans sa lutte contre l'infection, Glimm, en 1906, a conseillé les injections intrapéritonéales d'huile camphrée, destinée à diminuer les résorptions septiques, tout en agissant comme tonique cardiaque ; injections dont Vignard et Arnaud, Laroyenne et Leriche ont montré les heureux effets.

Le drainage a été lui aussi simplifié. Jusqu'à ces dernières années, imbus de cette idée qu'il fallait à tout prix évacuer les sécrétions septiques du péritoine, on avait, à la suite de Berger, de Picqué, multiplié les incisions de la paroi antérieure de l'abdomen, et créé des contre-ouvertures dans la région lombaire (Villemin), le périnée (Mauclair, Giuliani), la région parasacrée (Jaboulay), pour y placer des mèches et des drains. On est entièrement revenu de cette conception, à tel point que certains auteurs, Ross, Rotter, Buchanan, Arnaut, Hartmann conseillent la fermeture complète de l'incision d'appendicectomie, toutes les fois que le pus ou la sérosité louche contenus par le péritoine ne sont pas accompagnés d'escarres péritonéales, de fausses membranes épaisses, en un mot de débris mortifiés, dont l'élimination demande un certain temps et nécessite donc le drainage. Celui-ci est, du reste, réduit au minimum, un drain et une mèche dans l'angle inférieur de la plaie, elle-même rétrécie au maximum comme le veut Rehn, pour le rétablissement de la pression intra-abdominale, et chez la femme une incision du cul-de-sac postérieur du vagin, suffisant à assurer l'évacuation des produits septiques.

Cette évacuation, ou plus exactement la suppression de l'effet nocif de ces liquides, a été heureusement facili-

tée par le perfectionnement apporté aux soins post-opératoires. En 1900, Fowler, appliquant à la thérapeutique des péritonites les résultats des expériences de Clairmont et Haberer, a préconisé la position demi-assise, à donner aux malades atteints et opérés de péritonite, comme devant amener la chute du pus dans le petit bassin, dont le péritoine peu absorbant est, en outre, facile à drainer: la position de Fowler est aujourd'hui d'un emploi absolument constant. C'est aussi, en partie, pour favoriser le fonctionnement des drains, en partie dans un but antiseptique et antitoxique que Weiss et Sencert, Arnaud, ont fait passer un courant d'oxygène pendant plusieurs heures dans la cavité péritonéale, à l'aide des drains, technique dont Lenormant vient encore tout récemment de montrer les bons effets. (Société de Chirurgie de Paris, 28 mai 1913.)

C'est enfin à la paralysie intestinale et aux accidents d'occlusion passive des péritonites que ce sont attaqués nombre de procédés qui contribuent chaque jour à simplifier les suites opératoires des péritonites appendiculaires. En première place vient l'entéroclyse de Murphy, qui fait passer dans le rectum des litres de solution de sérum isotonique, au goutte à goutte. A la fois tonique général et antitoxique intestinal puissant, le sérum à la Murphy constitue également un stimulant du péristaltisme intestinal qui provoque souvent les premières évacuations gazeuses. Quel que soit le procédé employé pour faire journellement passer dans le rectum jusqu'à 9 litres de sérum en vingt-quatre heures, cette méthode, depuis son apparition en 1909, a été adoptée par la presque totalité des chirurgiens.

Nous terminerons ce bref exposé des acquisitions successives réalisées dans le traitement chirurgical des péritonites appendiculaires, en signalant combien le rôle du chirurgien est aujourd'hui modifié, alors qu'en 1898, par exemple, tout l'espoir de la guérison résidait dans un acte opératoire dont l'importance contrastait tristement avec les résultats, l'intervention actuelle, autrement plus efficace et plus simple n'est que le début d'une période de surveillance de tous les instants, aboutissant parfois à l'entérostomie que commande impérieusement une paralysie intestinale menaçante, ou à une incision d'abcès pelvien, conséquence fréquente de la position de Fowler, exemples choisis pour montrer le rôle actif que conserve le chirurgien, qui contribue donc encore, bien après l'intervention primitive, à la réalisation du succès.

CHAPITRE II

EXPOSÉ GÉNÉRAL DES OBSERVATIONS

Nous venons de voir rapidement exposées les transformations subies, au cours de ces dernières années, et après de nombreux tâtonnements, par le traitement de l'appendicite ; il semble bien qu'une formule au moins théorique se soit enfin dégagée des longues discussions, et que surtout la publication de nombreuses statistiques ait permis aux chirurgiens modernes de se faire une conviction. Mais, nous l'avons dit, cette conviction est souvent un peu fictive, quand on passe de l'exposé d'une idée à sa réalisation on rencontre toujours des difficultés imprévues, d'ordre très varié, qui tiennent, nous semble-t-il surtout, à la diversité des milieux chirurgicaux français et étrangers. Chez nous, l'éducation du malade, voire même du médecin, est en voie de réalisation sans doute, elle n'est point chose faite, et ne le sera fort probablement pas encore de longtemps. Il faut donc tâcher, ne pouvant, en quelque sorte, comme il semble qu'on l'ait fait à l'étranger, à en croire les auteurs des statistiques, préparer le malade à l'application d'une méthode de traitement, essayer, au contraire, d'adapter cette méthode, de la modifier dans certains de ses points pour la rendre efficace, malgré le défaut d'éducation préalable des clientèles de ville et d'hôpital.

Pendant l'année 1912, M. le docteur Delore, tant à l'hôpital de la Croix-Rousse que dans sa clientèle de ville, a eu à soigner 63 malades atteints d'appendicite, arrivés à des périodes très diverses de leur affection ; notre thèse n'a d'autre but que de montrer les résultats très satisfaisants, obtenus en intervenant dès le diagnostic établi, au moins dans la majorité des cas, sans user du traitement médical prolongé, qui, lorsqu'il a été appliqué, pour quelques malades vus seulement à une époque déjà éloignée du début de la crise, a donné des résultats bien moins bons que l'intervention. Nous ne voulons pas insister sur l'absence de mortalité au cours de 63 interventions, ne voyant dans cette heureuse circonstance que l'effet d'une série favorable, mais tâcher simplement de tirer de cette petite statistique, les quelques déductions thérapeutiques qui nous ont le plus vivement frappé. En un mot, ce modeste travail n'a aucune prétention théorique, c'est un simple exposé des bons résultats d'une pratique journalière en ce qui concerne le traitement de l'appendicite aiguë.

Le trait essentiel, la base du dogme, pourrait-on dire, du traitement actuel de l'appendicite aiguë peut ainsi se résumer : toute crise nettement aiguë d'appendicite doit être opérée dès que le diagnostic en sera fait, c'est-à-dire très précocement, la bénignité opératoire maximum dans les premières heures diminue sensiblement, quand on s'éloigne du début des accidents, de telle sorte qu'à partir de la quarante-huitième heure on a meilleur compte de n'intervenir qu'en cas de complications et de différer l'acte opératoire jusqu'au jour où la disparition de tout phénomène inflammatoire du côté du péritoine péri-appendiculaire permettra d'opérer à froid.

L'intervention dans les quarante-huit premières heures nous a donné *deux cas*, seulement, pendant l'année 1912, nous le déplorons d'autant plus, que la simplicité de l'intervention et des suites a été parfaite, comme nous le montrerons tout à l'heure. Nous avons dit, dans le bref historique, placé en tête de notre thèse, à quelles causes tenait le petit nombre de malades pouvant être opérés dans ces conditions idéales, il est certain que la bénignité d'une telle intervention opposée aux désastres de l'expectative doivent être montrés au médecin et au malade, qui en comprendront la nécessité. Le diagnostic précoce de la crise est la base presque unique de l'indication opératoire. Il demande un examen minutieux du malade, mais est grandement facilité à notre époque par l'étude de la pathologie abdominale qui a placé l'appendicite au premier rang.

Au delà des quarante-huit premières heures, nos observations ont été distribuées en trois classes :

Les appendicites à chaud, au nombre de 13, qui toutes concernent des malades opérés d'urgence pour abcès appendiculaire, à des périodes très diverses de leur affection, et qui rentrent donc encore dans le cadre des indications opératoires aujourd'hui classiques.

Les appendicites à tiède, au nombre de 18, qui désignent pour nous tous les malades, et ils sont les plus nombreux dans la clientèle hospitalière, qui arrivent dans les services, au déclin de leur crise, de quatre à quinze jours après le début, soumis jusqu'à leur entrée au traitement médical. Dans quelques cas, dont nous montrons tout l'intérêt pratique, le traitement médical a été continué à l'hôpital, et a dû toujours être interrompu

par une indication opératoire urgente, dans la grosse majorité des observations, M. Delore est intervenu dès l'arrivée du malade, à quelque période qu'en fût l'appendicite, et quelles qu'aient été les constatations locales ; les résultats suffisent à justifier cette manière d'agir, qui va pourtant à l'encontre des idées actuelles. Le développement des considérations théoriques et pratiques qui ont déterminé M. Delore à étendre ainsi les indications de l'opération immédiate à *toutes les périodes* de l'évolution de l'appendicite aiguë nous arrêteront quelque temps, car, comme nous le disions en commençant, il nous semble que c'est dans une telle conception de l'acte opératoire que réside actuellement la solution pratique, au moins en ce qui concerne la région lyonnaise, du traitement de l'appendicite aiguë.

L'appendicectomie à froid nous retiendra peu, les 30 cas que nous en apportons ayant tous présenté la régularité et la bénignité que l'on est en droit d'exiger actuellement d'une telle intervention.

CHAPITRE III

APPENDICITES OPÉRÉES A TIÈDE

Nous avons déjà défini ce que nous entendions par opérer une appendicite à tiède, c'est-à-dire dans les jours qui suivent le début de la crise, la quarante-huitième heure étant passée, et à l'exclusion de toute complication commandant l'urgence, telle qu'un abcès volumineux, un début de péritonite. Il s'agit donc de malades dont on a traité la crise appendiculaire, soit chez eux, soit à l'hôpital, par la glace, la diète et l'opium. Le plus souvent, d'ailleurs, les crises ainsi traitées, qui n'ont pas donné naissance, dans le délai de trois à huit jours, à des accidents de suppuration péritonéale localisée ou diffuse, sont très améliorées, les malades rapidement apyrétiques; seules les constatations locales, sur lesquelles nous allons revenir, signent le diagnostic rétrospectif. Les symptômes locaux sont très dissemblables suivant les malades; dans bon nombre de cas, la palpation de la fosse iliaque droite est douloureuse et permet de sentir un noyau induré dont le volume varie d'un simple cordon comme le petit doigt, dans lequel on veut reconnaître l'appendice infiltré, à un large gâteau qui masque la région cæcale, et dont la régression se fait plus ou moins lentement. La température oscille entre 37°5 et 38°5; l'état général est tantôt excellent, tan-

tôt paraît touché par la crise récente. En présence d'un tel tableau, il est actuellement classique pour beaucoup d'auteurs, d'attendre, de continuer le même traitement aussi longtemps que l'exige la persistance des symptômes précités, pour n'intervenir que lorsqu'on jugera le péritoine péri-appendiculaire revenu à l'état normal, ou cicatrisé.

Les raisons invoquées pour choisir une telle ligne de conduite sont au nombre de deux principales : la difficulté opératoire, la nécessité d'un drainage. La difficulté opératoire tient à l'état de la région appendiculaire; le plus souvent, en effet, l'opérateur trouve, en ouvrant le péritoine, un paquet d'épiploon adhérent au cæcum, qu'il faut isoler, qui saigne un peu au cours de la libération, l'appendice est caché par un feutrage d'adhérences le plus souvent assez friables, qui l'entourent, tantôt au contact d'anses grêles, plus souvent entre la paroi externe ou postérieure du cæcum et la fosse iliaque, ou encore à l'entrée du petit bassin. Cette recherche qui est donc un peu pénible, s'accompagne souvent de la rupture de petites géodes purulentes au contact de la pointe, exige en un mot plus d'expérience opératoire que l'appendicectomie à froid. La question du drainage découle tout naturellement de la précédente, alors que tous les plans incisés pourront être fermés; si l'on a eu affaire à des adhérences peu hémorragiques, sans trace de suppuration, l'hypothèse inverse oblige à laisser une petite mèche hémostatique et destinée à parer aux éventualités d'infection.

De tels griefs sont bien minimes quand on les oppose aux dangers et aux inconvénients de la longue attente qu'impose le refroidissement; ils peuvent être d'ailleurs

réduits au minimum. Nous ne saurions mieux faire, pour développer notre opinion, que d'exposer les réflexions que nous a suggérées l'étude des 18 cas d'appendicectomie à tiède que nous avons vu pratiquer sans un décès, sans inconvénients graves par M. Delore.

A) Nos 11 premières observations, dont nous donnons plus loin un résumé, concernent des malades arrivés à l'hôpital de cinq à quinze jours après le début de leur crise pour neuf d'entre eux, deux et trois mois après ce début dans deux autres cas.

Les constatations cliniques étaient assez semblables; on trouvait presque chez tous une température ne dépassant pas $38^{\circ}5$, un état général assez favorable, et localement un point douloureux persistant dans la région appendiculaire, répondant à la palpation, d'un appendice perceptible sous la forme d'un cordon induré, indubitable, du volume de l'index; dans deux cas on percevait un plastron étalé, peu étendu (obs. V) et une tuméfaction immobile et allongée (obs. VIII) ; cette dernière constatation accompagnant une symptomatologie fonctionnelle de crise avec accidents d'occlusion remontant à onze jours.

La vérification opératoire montra une assez grande diversité des lésions appendiculaires, toujours très marquées.

Cinq fois (obs. I, III, IV, V, VII) il s'agissait d'appendices augmentés de volume, turgescents, entourés d'adhérences de résistance variable, et qui, à la coupe, possédaient une muqueuse épaissie avec des lésions macroscopiques de folliculite, et contenaient des débris du contenu intestinal.

Deux fois (obs. II et IX) une petite quantité de pus ou

de sérosité louche renflait l'extrémité libre de l'appendice adhérent, qui, dans deux autres cas (obs. X, XI), présentait, en outre, une trace de perforation et une perforation punctiforme.

Dans le cas (obs. VIII) qui s'accompagnait d'accidents d'occlusion, il s'agissait d'un appendice extrêmement long (12 centimètres), très enflammé et très adhérent.

Une seule fois on trouva du pus enkysté au milieu des adhérences (obs. VI).

OBSERVATION I

Madeleine C..., 23 ans.

Entre dans le service du docteur Delore le 24 mai 1912.

Début de la crise cinq jours auparavant. A l'entrée, on perçoit dans la fosse iliaque droite un cordon induré et douloureux.

L'état général est très touché ; la malade est très abattue ; son pouls est rapide et faible.

Intervention le même jour. Appendicectomie. Petit appendice coudé, oblitéré sur une longueur de 1 centimètre par un calcul stercoral. Dans l'épaisseur de la paroi, quelques lésions de folliculite. Le péritoine présente un aspect dépoli ; quelques adhérences.

Guérison. Sortie le 7 juin 1912.

OBSERVATION II

Joséphine Th..., 30 ans.

Entre le 27 mai 1912.

La crise remonte à trois mois. Le début fut violent avec une température de 40°.

Depuis, la malade a continué à souffrir au point de ne pouvoir sortir de son lit.

A l'entrée, la température est de 37°5. Intervention le 1^{er} juin. Appendicectomie. On trouve un gros appendice adhérent au cæcum, coudé à sa partie moyenne, à parois épaissies et contenant un peu de pus.

Guérison. Sortie le 21 juin.

OBSERVATION III

Clarissé V..., 16 ans.

Entrée le 30 mai.

Quatre mois auparavant, la malade eut une première crise.

Deux mois plus tard, début de la crise actuelle.

A l'entrée, on sent un cordon induré dans la fosse iliaque droite.

La température est de 37°8.

Le 7 juin, appendicectomie. Appendice plein de matières; muqueuse épaissie et enflammée.

Sortie le 20 juin guérie.

Le 16 octobre, la malade revint dans le service en se plaignant de douleurs abdominales. Météorisme. Toucher négatif.

On intervient le 19 octobre. Laparotomie médiane sous-ombilicale. On trouve le cæcum adhérent à la paroi. On le décolle ainsi que la fin de l'iléon, et on interpose entre le cæcum et la paroi de l'épiploon, que l'on fixe à celui-ci.

OBSERVATION IV

Pauline G..., 16 ans.

Entrée le 9 juin 1912.

Première crise, il y a trois ans; durée de huit jours. Depuis, deux nouvelles crises.

Persistance de points douloureux. Dix jours avant l'entrée, nouvelle crise.

Intervention le 11 juin.

Appendice peu volumineux, adhérent, recourbé au niveau de sa pointe. Appendicectomie sous-séreuse. A la coupe, muqueuse épaissie.

La malade sort guérie le 28 juin.

OBSERVATION V

Joséphine L..., 31 ans.

Entrée le 17 juillet 1912.

Le début de la crise remonte à quinze jours.

A l'arrivée, contraction du côté droit; légère induration dans la fosse iliaque. Toucher négatif.

Température : 38°1.

On intervient le 22 juillet et l'on trouve un appendice adhérent que l'on enlève. La muqueuse, à la coupe, apparaît épaissie et enflammée.

Guérison.

OBSERVATION VI

Caroline R..., 40 ans.

Entrée le 17 juillet 1912. La malade est enceinte. Sa crise a débuté il y a dix jours. A l'entrée pas de température.

Intervention le 20 juillet. On tombe sur un abcès contenant un verre à liqueur de pus. On enlève l'appendice. Mèches.

Trois jours après, la malade avorte. Elle part guérie le 7 septembre.

OBSERVATION VII

Laurence C..., 26 ans.

Entrée le 27 juillet 1912.

Le début remonte à quelques jours.

A l'intervention, pratiquée le 3 août, on enlève un appendice gros et adhérent.

OBSERVATION VIII

Adrienne B..., 23 ans.

Entrée le 24 janvier 1912.

Il s'agit, chez cette malade, d'appendicite à forme occlusive.

Il y a un an, elle fit une première crise d'obstruction.

La crise actuelle a commencé il y a quinze jours ; depuis, la malade n'est pas allée à la selle. A l'entrée, elle a un peu de hoquet, mais ne vomit pas. Elle se plaint de douleur dans le flanc droit.

On sent, par le palper, une tumeur allongée et mobile à droite de l'ombilic, sans contracture de la paroi. Clapotement cæcal.

Pas de fièvre ; pouls à 100.

Intervention le 25 janvier.

Incision de Jalaguier. Appendice long de 12 centimètres, coudé, très enflammé, contenant des matières fécales. Résection.

Sort guérie le 15 février.

OBSERVATION IX

Auguste C..., 16 ans.

Entre le 28 juin 1912.

Première crise il y a deux ans.

La crise actuelle remonte à une semaine. La température était de 39°.

Depuis cinq jours, le malade n'a plus de fièvre ; son ventre est partout très souple.

Le 5 juillet, l'intervention montre un appendice très enflammé, que l'on enlève. Il contient, dans sa cavité, un peu de sérosité louche.

Guérison, sort le 1 août 1912.

OBSERVATION X

Claude D..., 19 ans.

Entré le 14 octobre 1912.

Première crise en août.

Douze jours avant l'entrée, début de la crise actuelle.

A l'arrivée, température : 38°.

Petit cordon dur et douloureux.

Intervention le 16 octobre. L'appendice présente un renflement de sa partie libre : la partie moyenne est rétrécie et porte une petite perforation.

Ni pus, ni calculs stercoraux.

Sort le 10 novembre guéri.

OBSERVATION XI

Adrien A..., 23 ans.

Entré le 19 novembre 1912.

Plusieurs crises antérieures, la dernière datant du 14 novembre.

Le 21 novembre on intervient. L'appendice, très long, est situé en arrière du cæcum. On doit sculpter l'appendice sur la paroi postérieure du cæcum, auquel il adhère. On péritonise ensuite la surface de décollement et on suture la paroi sans drainage.

La pointe de l'appendice dilatée contient un peu de pus ; il en sort une gouttelette par une perforation punctiforme existant à ce niveau.

Le malade sort guéri le 7 décembre.

Les suites opératoires ont été, dans tous ces cas, fort bénignes (nous signalerons cependant l'avortement post-opératoire survenu dans l'obs. VI) et fort rapides, malgré la petite mèche de gaze laissée dans quelques incisions ; *la durée du séjour à l'hôpital n'a excédé vingt-cinq jours*

que dans le cas de l'avortement post-opératoire, et oscilla, comme dans l'appendicectomie à froid, entre *quinze et vingt jours*.

B) Nous réunissons dans un second groupe sept observations qui nous ont particulièrement intéressé et plaident fortement en faveur de l'opération précoce. Il s'agit de cas où le traitement médical a complètement échoué, malgré son application rigoureuse pendant un laps de temps variant de trois semaines à un mois et demi. Chez quatre de ces malades, M. Delore avait décidé, aucun symptôme urgent ne se manifestant à l'entrée, d'appliquer le traitement médical pour n'opérer qu'à froid. Chez trois d'entre eux, au bout d'un mois de traitement médical, l'état local était stationnaire, la palpation révélait toujours un important plastron qui ne diminuait pas sensiblement, et l'état général restait peu brillant (obs. XIII, XIV, XV); chez un autre, après une accalmie temporaire, obtenue par la glace, qui dura douze jours, une nouvelle poussée survint malgré la continuation de la même thérapeutique, et nécessita une intervention rapide (obs. XVI).

Or, dans ces quatre cas, dont l'évolution avait été soigneusement surveillée, un peu à titre d'épreuve, dans le service même, et dans un cinquième, traité en vain médicalement pendant un mois et demi (obs. XII) chez lui, l'opération nous a montré que l'expectative n'avait pu qu'être fort nuisible aux malades, qui furent d'ailleurs beaucoup plus éprouvés par l'intervention retardée qu'ils ne l'auraient été si on l'avait pratiquée le jour de leur entrée.

Il s'agissait, dans quatre de ces cas, de perforation ap-

pendiculaire, avec mise en liberté dans le péritoine de calculs stercoraux ; il est bien évident que de telles lésions ne peuvent rétrocéder, les corps étrangers, très septiques, pénétrant ainsi par effraction dans le péritoine, y entretiennent autour d'eux une réaction considérable qui tend à les enkyster, et aboutit soit à la formation de fortes adhérences, soit à la suppuration (obs. XIV et XVI).

Dans l'observation XV, les lésions péritonéales étaient encore plus accusées et n'avaient aucune chance d'aboutir à la résolution spontanée, puisqu'il s'agissait d'une sorte d'abcès nécrotique et fongueux pour la guérison duquel deux interventions furent pratiquées successivement. Là encore, le retard apporté dans l'intervention fut beaucoup plus nuisible qu'utile au malade.

Dans deux cas enfin nous avons pu juger du danger latent que présente le refroidissement de certaines crises, même lorsque tous les symptômes locaux ont disparu. Chez deux malades qui paraissaient avoir bénéficié du traitement médical et dont les crises étaient entièrement refroidies, on trouva à l'intervention, chez l'un un appendice sectionné, et plein de pus, sans adhérences de protection ; chez l'autre, un appendice rétro-cæcal, avec une pointe perforée, juste sous le foie ; chez l'un et l'autre, une crise violente, dont les conséquences auraient pu être fatales, était imminente.

OBSERVATION XII

François M..., 34 ans.

Entré le 17 février 1912.

Le début date de un mois et demi. Depuis ce moment, le malade n'a pas cessé de souffrir. Aussi finit-il par se décider

à entrer dans le service, où l'on décide d'intervenir rapidement.

L'intervention a lieu le lendemain, 18 février 1912. On trouve un appendice très dur, adhérent fortement à la fosse iliaque. Une perforation siège à sa pointe, par où s'est échappé, dans le péritoine, un calcul.

On pratique l'appendicectomie avec difficulté. Deux mèches.

Guérison. Le malade sort le 7 mars.

OBSERVATION XIII (1)

Jules P..., 26 ans.

Entré, le 30 avril 1912, dans le service du docteur Delore.

Le début de la crise appendiculaire remonte à huit jours.

À l'arrivée dans le service, la température est de 38°6.

On fait un essai de refroidissement en s'adressant aux moyens habituellement employés.

Mais, le 18 mai, comme on ne constatait aucune amélioration, on dut intervenir et pratiquer la résection de l'appendice.

Pendant les quinze jours qui suivirent l'intervention, le malade conserva de la température autour de 38°-39°, avec des phénomènes péritonéaux assez intenses.

Il guérit cependant et quitta le service le 20 juillet.

OBSERVATION XIV

Claudine R..., 58 ans.

Entre, le 19 novembre 1912, en pleine crise.

On constate les signes d'un abcès appendiculaire. la température est de 38°2.

On institue un traitement médical d'attente.

M. RIGAUD. — Société des Sciences médicales de Lyon, in *Lyon Médical* du 16 février 1913.

Mais, au bout d'un mois, les phénomènes locaux s'étant à peine modifiés, on décide d'opérer.

Intervention le 17 décembre 1912.

On tombe sur l'abcès et on trouve un appendice perforé près de sa pointe; calculs stercoraux dans le péritoine.

Le 30 décembre, la malade prend de la fièvre; son état général est défectueux.

Quitte le service le 3 janvier 1913 et guérit chez elle.

OBSERVATION XV

Jean B..., 25 ans.

Entre le 15 octobre.

Début de la crise deux jours avant.

A l'arrivée, on sent un empâtement diffus et douloureux du flanc droit, avec gargouillement du cæcum.

On attend le 13 novembre pour l'opérer et l'on trouve, en dehors du cæcum, un abcès fétide, à parois cartonnées. On ne peut trouver l'appendice.

Tamponnement; mèches; suture de la lèvre interne de l'incision au cæcum.

Le 7 mars 1913, on dut intervenir à nouveau, la plaie opératoire n'étant pas fermée. Aggrandissement des lèvres de la plaie; on suit le trajet fistuleux et on arrive sur une cavité située entre le cæcum et la fosse iliaque et qui remonte très haut, presque jusqu'au foie. Ses parois sont épaisses et tapissées de fongosités. Curettage. Mèches.

A l'heure actuelle, le malade, qui est encore en traitement dans le service, est en bonne voie de guérison.

OBSERVATION XVI

Il s'agit d'une malade entrée, le 29 novembre, dans le service, avec une température de 38°2, des coliques abdominales et un point douloureux dans la fosse iliaque droite.

Cette malade était restée trois ou quatre jours chez elle avec de la fièvre; elle avait vomi et avait présenté de la constipation.

La palpation révélait un plastron très net au point de Mac-Burney et le diagnostic d'appendicite ne faisait aucun doute.

On résolut d'attendre, la température étant tombée. La malade fut mise au repos-au lit, à la diète avec de la glace sur le ventre.

Dans les jours suivants, le plastron diminua un peu, puis resta stationnaire.

Le 10 décembre, nouvelle poussée thermique autour de 39°; la malade a quelques nausées.

La palpation révèle un plastron persistant.

Le 16 décembre, malgré trois semaines de repos au lit et de traitement médical, la situation est assez semblable à ce qu'elle était à l'entrée. De plus, la malade a eu, depuis son entrée, une nouvelle poussée.

M. Delore, désespérant de voir l'appendicite se refroidir et craignant, au contraire, des complications, décide d'intervenir.

A l'opération, on tombe sur un cæcum adhérent à la fosse iliaque; en le décollant, on fait sortir du pus et l'on tombe sur deux calculs stercoraux libres dans l'abcès. En cherchant avec le doigt on arrive non sans peine à trouver l'appendice, qu'on décolle et qu'on enlève. Il est perforé à sa pointe.

Péritonisation d'une partie de la surface cruentée; petite mèche.

Suites immédiates très simples.

OBSERVATION XVII

Marie R...

Entre, le 3 mai 1912, dans le service, atteinte d'une appendicite bien refroidie.

Intervention le 6 mai. L'appendice est sectionné et libre dans le péritoine. Sa cavité contient du pus.

La malade sort, le 23 mai, guérie.

OBSERVATION XVIII

Joseph R..., 31 ans.

Entre le 31 juillet 1912.

Première crise, il y a sept mois, ayant duré quatre jours.

Huit jours avant l'entrée, nouvelle crise.

À l'arrivée dans le service, elle paraît complètement refroidie.

Or, à l'intervention, pratiquée le 1^{er} août, on trouve un appendice perforé, dont la pointe remonte jusqu'au foie.

Appendicectomie; mèches.

Le malade part guéri le 11 septembre.

La technique employée pour l'ablation à tiède de l'appendice, chez les quelques malades dont nous venons d'exposer les particularités cliniques et anatomo-pathologiques, a été fort simple; aussi bien ne voulous-nous pas la décrire ici, mais simplement signaler quelques petits points particuliers de la pratique de notre maître le docteur Delore, qui contribuent sans doute à simplifier l'intervention.

L'incision employée est celle, actuellement délaissée par beaucoup de chirurgiens, de Max-Schüller, c'est-à-dire celle portant sur le bord externe de la gaine du droit, au point où le petit oblique vient se jeter sur cette gaine; mis à part quelques avantages de rapidité et d'hémostase facile, cette incision a surtout celui d'être très externe et, sans avoir les inconvénients de l'incision de Roux, de permettre un accès beaucoup plus direct sur l'appendice

que celle de Jalaguier. Nous n'insisterons pas sur la nécessité de protéger soigneusement, à l'aide de compresses, le péritoine libre vers lequel non seulement quelques gouttes de pus, mais une assez grande quantité de sang, peuvent couler au moment de la recherche de l'appendice.

Cette recherche constitue le temps long et parfois pénible de l'intervention à tiède; le doigt est alors un auxiliaire précieux, mais à condition d'être déganté, les sensations recueillies à travers un gant de caoutchouc étant ici trop grossières et trop infidèles. Au cours de cette exploration, la prudence la plus élémentaire conseille d'agir avec patience et douceur, toutes les manœuvres énergiques, l'emploi des instruments provoquant un abondant suintement sanguin qu'il faut éviter, car il est la source de beaucoup d'ennuis ultérieurs; il est d'ailleurs exceptionnel qu'avec un peu de patience l'index explorant le foyer et décollant prudemment les adhérences gênantes, ne parvienne pas à trouver le petit cordon dure, de consistance si particulière, qui décele la présence de l'appendice. Dans nos cas, chez un seul malade, cette recherche était restée infructueuse, mais l'importance des lésions, leur étendue en arrière du cæcum, permettaient de supposer que l'appendice avait été détruit par un processus nécrotique (obs. XV). Dans quelques cas, et notamment dans les formes rétro-cæcales, le décollement nécessité par l'exploration peut être assez considérable; il ne constitue pas un danger si on a le soin de réparer les dégâts commis et, d'autre part, il est fort probable que, même après refroidissement complet, l'opérateur aurait rencontré, chez notre malade de l'observation XI, par exemple, les mêmes difficultés que celles qui furent éprouvées en intervenant à tiède.

L'appendicectomie elle-même est, le plus souvent, assez facile à réaliser; il est cependant des appendices postérieurs, entourés d'adhérences, avec cæcum fixé, pour l'ablation desquels il faudrait, si l'on voulait pratiquer une ligature et un enfouissement classique, en être réduit à traumatiser beaucoup la région, pour souvent placer des ligatures à bout de doigt, sur des tissus indurés et friables; dans ces quelques cas, d'ailleurs très peu fréquents, nous avons vu M. Delore poser sur la racine de l'appendice et son méso une pince à demeure en guise de ligature, pince laissée en place quarante-huit heures, et dont la présence n'entraînait aucun inconvénient; les suites étaient même beaucoup plus simples que lorsqu'on est obligé de laisser de nombreuses mèches rendues nécessaires par un abondant suintement sanguin. Dans la majorité des cas, le moignon appendiculaire est lié et enfoui soit à l'aide de sa propre enveloppe péritonéale dans l'ablation sous-séreuse, soit à l'aide des débris d'adhérence ou de franges épiploïques voisines toutes les fois que le cæcum induré et fragile ne peut être directement utilisé pour l'enfouissement.

La question du drainage a beaucoup préoccupé tous ceux qui ont pratiqué des interventions précoces. Nous avons déjà vu que, dans les toute premières heures, on peut le plus souvent refermer tout simplement le ventre comme dans une intervention à froid; il n'en est pas de même lorsqu'on opère à tiède, mais on peut, semble-t-il, réduire le drainage à très peu de chose si on a le soin de péritoniser et de cloisonner le plus exactement possible le foyer opératoire. Il est, en effet, de première importance pour la simplicité des suites opératoires, d'isoler du grand

péritoine la région dans laquelle on vient d'intervenir, région dont le péritoine est cruenté sur d'assez grandes surfaces, elles-mêmes souvent souillées par quelques gouttes de pus échappées d'un appendice perforé ou d'un abcès en plein foyer d'adhérence. Cet isolement est classiquement réalisé à l'aide de mèches de gaze disposées à la fin de l'intervention; il est plus simple encore, et plus rationnel de reconstituer une véritable loge. Cette reconstitution s'effectue avec des matériaux très variables; l'épiploon peut être fréquemment utilisé; on le trouve presque toujours au-devant de l'appendice malade, au début de l'intervention; en terminant, il est facile si on a su le ménager, de le replacer dans sa situation initiale et de l'y fixer à l'aide de quelques catguts qui le réunissent au péritoine pariétal, à une certaine distance des bords de la boutonnière opératoire pour en permettre la fermeture partielle, et au cæcum; on peut ainsi réaliser une bonne partie de la péritonisation. Le cæcum est aussi d'un emploi commode en l'accolant au péritoine pariétal ou en se servant des franges épiploïques. En complétant le cloisonnement obtenu de la sorte à l'aide des débris d'adhérences péritonéales qui existent dans bon nombre de cas, on se trouve, à la fin de l'intervention, en présence d'une cavité entièrement close et isolée du ventre, cruentée et infectée sans doute, mais des plus simples à drainer à l'aide d'une petite mèche de gaze, autour de laquelle on peut considérablement rétrécir l'incision, et que l'on remplace au bout de trois jours par un drain laissé lui-même très peu de temps.

Un procédé qu'emploie souvent le docteur Delore avec de bons résultats consiste à ne fermer que les plans pro-

fonds de la paroi, autour de la mèche; quant aux plans superficiels, on les rapproche simplement à l'aide de quelques fils d'attente, modérément serrés sur une lamelle de gaze; le troisième jour, s'il est évident qu'il n'existe pas d'infection de la profondeur, ce qu'indique suffisamment l'état de la mèche retirée, on serre à fond les fils d'attente, la réunion s'obtient ainsi très rapidement.

Les suites opératoires sont, de la sorte, très simples, et les malades presque aussi vite sur pied que dans l'appendicectomie à froid. Il est bien certain que celle-ci reste l'opération bénigne par excellence, dont les indications sont encore très nombreuses pour tous les cas d'appendicite bénigne qui, le plus souvent, ne sont montrées au chirurgien qu'en dehors de la crise; mais il apparaît bien que, dans le cas de crise aiguë, suffisamment grave pour nécessiter, passé les quarante-huit heures, un traitement médical longtemps prolongé, le malade ait grand bénéfice à être débarrassé de son appendice le plus tôt possible, l'intervention à tiède ne présentant actuellement pas grand inconvénient; ceux-ci, d'ailleurs, sont d'autant moindres que l'on a moins attendu pour intervenir. C'est ce qui ressort nettement de la comparaison des 11 observations que nous rapportons en tête de ce chapitre, et qui concernent des cas, il est vrai, peu graves, mais rapidement opérés sans temporisation, avec les cinq concernant, au contraire, des cas plus graves sans doute, mais pour lesquels on avait longtemps différé l'intervention, qui s'effectuèrent certainement avec beaucoup moins de facilité que si l'on était intervenu plus tôt.

CHAPITRE IV

APPENDICITES OPÉRÉES A CHAUD

L'intervention en pleine crise appendiculaire, dans les heures qui suivent l'apparition des premiers symptômes, est, nous l'avons vu déjà, considérée comme la réalisation idéale du traitement chirurgical de l'appendicite ; nous avons déjà exposé les difficultés que l'on rencontre à opérer aussi précocement ; notre statistique d'une année en est une preuve, puisque, malgré l'idée bien arrêtée que l'on avait d'intervenir dans de telles conditions, il n'a été possible de le faire que deux fois. Par contre, nous rapportons quatorze observations de malades opérés du quatrième au douzième jour de leur crise, et qui tous étaient entrés à l'hôpital porteurs de volumineux abcès ou présentant des symptômes d'accidents de diffusion péritonéale au début.

A. — *Appendicites opérées à chaud dans les quarante-huit premières heures.* — Nous ne reviendrons pas sur les avantages de l'intervention pratiquée à une telle période : tout le monde est maintenant d'accord sur ce sujet. Notre première observation vérifie parfaitement et en tous points la bénignité aujourd'hui reconnue de cette façon d'agir.

OBSERVATION XIX

Rosa C..., 25 ans.

Entre le 1^{er} juin 1912.

La malade fait sa crise dans le service ; elle est opérée par le docteur Arnaud aussitôt le diagnostic posé, c'est-à-dire avant l'expiration du délai-limite.

On trouve un appendice petit, coudé, adhérent légèrement au cæcum. L'épiploon, fixé à la paroi, épaissi au niveau de l'appendice malade, l'entoure.

Suites opératoires simples.

La malade sort, le 18 juin, guérie.

Notre seconde observation, tout en étant beaucoup moins typique au point de vue de la facilité de l'intervention précoce et de sa réalisation facile, présente, nous semble-t-il, un certain intérêt, tenant à l'état avancé des lésions trouvées au cours d'une intervention pratiquée pourtant quarante-huit heures après le début. Jacob, dans une récente communication à la Société de Chirurgie de Paris (séance du 28 mai 1913), a d'ailleurs insisté sur cette contradiction apparente, et cite un cas assez analogue au nôtre. Le plus souvent, cet état avancé des lésions, sphacèle presque complet de l'appendice, abcès collecté, fusant vers le pelvis, signifie, et telle est la conclusion de Jacob, que le début réel de la crise est plus ancien que ne le dit le malade qui, s'observant mal, n'a pas remarqué ou oublie de signaler les quelques accidents abdominaux qui ont précédé la crise violente. Chez notre malade, existait une autre explication possible de lésions aussi avancées, qui était l'existence d'une autre crise deux mois plus tôt, crise qui avait sans doute laissé

des adhérences au milieu desquelles s'est déroulée la deuxième crise. Enfin, comme l'a fait remarquer Savariaud dernièrement, la quarante-huitième heure est, d'autre part, une date à laquelle on trouve déjà des lésions suffisamment importantes pour rendre l'intervention un peu moins simple qu'à la vingt-quatrième heure.

OBSERVATION XX

Félix S..., 20 ans.

Entre, le 7 novembre 1912, dans la salle Saint-Pothin.

En août dernier, première crise ayant duré un mois.

La crise actuelle a débuté hier, 6 novembre, par une violente douleur au point de Mac-Burney.

A l'entrée, la douleur persiste. La température est à 39°2.; l'état général très touché.

L'intervention est pratiquée le 8 novembre. On trouve un abcès avec débris sphacelés. Drainage.

Le lendemain, l'état général reste mauvais. On pratique un second drainage par la voie rectale et l'on fait, au niveau de l'incision abdominale, une petite moucheture sur le cæcum.

Le 17 janvier 1913, on peut fermer l'anus iliaque et le malade sort guéri vers la fin de janvier.

Signalons en passant l'application du principe que nous indiquions au début de ce travail comme devant être une des principales causes de succès dans les opérations d'appendicite grave, et qui consiste dans la surveillance post-opératoire.

Il est bien certain que la cæcostomie et le drainage pelvien effectués le lendemain de la première intervention furent pour beaucoup dans la réussite définitive à laquelle

ils contribuèrent presque autant que la précocité du premier acte opératoire.

B. — *Appendicites opérées à chaud plus de quarante-huit heures après le début de la crise.* — Dans les quatorze observations qui suivent, l'intervention avait presque toujours été motivée par l'existence d'un volumineux abcès.

OBSERVATION XXI

Elisabeth T..., 21 ans.

Entre le 17 janvier 1912; la crise a débuté il y a dix jours.

A l'entrée, tuméfaction au point de Mac-Burney, empatement, contracture, diagnostic d'abcès appendiculaire.

Toucher négatif.

Température : 39°2; pouls : 120.

Intervention d'urgence le jour de l'entrée.

Incision de Roux. On trouve un volumineux abcès, contenant un demi-litre de pus réparti en deux poches, l'une antérieure par rapport au cæcum, l'autre située derrière lui autour de l'appendice. Celui-ci est collé contre la fosse iliaque, sous le cæcum. Sa pointe est perforée.

Drainage.

Guérison. Sortie le 19 février 1912.

OBSERVATION XXII

Marguerite M..., 18 ans.

Entrée le 15 mai 1912.

Première crise de quatre jours deux mois avant l'entrée.

La crise actuelle a commencé il y a huit jours. A l'entrée, la malade vomit, souffre beaucoup du ventre.

A la palpation, on trouve de la contracture et on provoque une vive douleur dans la portion sous-ombilicale du côté droit.

La température est de 38°8; le pouls à 116.

Toucher vaginal; utérus mobile; le cul-de sac postérieur est rempli par une collection que l'on sent également par le toucher rectal.

Intervention d'urgence le jour de l'entrée.

Colpotomie; issue d'un pus jaunâtre et fétide; drainage.

Cette intervention est insuffisante et, le 17 mai, on pratique une laparotomie latérale; volumineux abcès : drainage.

Il se forma dans la suite une fistule stercorale qui se ferma peu à peu. La malade partit guérie le 12 août.

OBSERVATION XXIII

Catherine M..., 21 ans.

Entre le 20 mai 1912.

Première crise, il y a deux ans; la seconde, cinq mois plus tard.

La crise actuelle se manifeste par un volumineux plastron dans la fosse iliaque droite.

Rien au toucher.

Pas de vomissements.

Intervention le 31 mai, onze jours après l'entrée. Loge de pus au niveau de la terminaison de l'iléon. Appendicectomie. Mèches.

Sortie le 24 juin. Guérie.

OBSERVATION XXIV

Jéanne P..., 29 ans.

Entrée le 10 juin.

Trois crises en deux ans, caractérisées par de la douleur dans la fosse iliaque avec météorisme sans vomissement.

Il y a trois jours, éclate une nouvelle crise; la malade ressent une violente douleur dans la fosse iliaque droite; son ventre est météorisé; elle vomit.

Le 13 juin, la température est de 38°; le pouls est faible à 92. Rien au toucher.

L'intervention, pratiquée le jour même, découvre un gros abcès au milieu duquel se trouve l'appendice, que l'on résèque.

Drainage.

Guérison, sortie le 5 juillet 1912.

OBSERVATION XXV

J.-C. Sof..., 31 ans.

Entre le 31 mars 1912.

Début de la crise datant de quatre jours. Vomissements; contracture abdominale.

Intervention le même jour, par le docteur Desgouttes. (Jalaguier). On trouve un appendice gangréné, perforé, entouré d'un abcès qui fuse en arrière.

Appendicectomie; enfouissement du moignon.

Drainage.

Guérison.

OBSERVATION XXVI

Antoine M..., 18 ans.

Entre le 13 juin 1912.

Le début remonte à quelques jours.

A l'arrivée, la gravité de l'état du malade, sa haute température (39°3) font poser l'indication d'intervention d'urgence (D^r Arnaud). On trouve un appendice gangréné, presque détaché de sa base, ayant laissé échapper un calcul stercoral libre dans le péritoine.

Appendicectomie. Drains et mèches.

26 juin, on incise par voie rectale un nouvel abcès pelvien.

Guérison.

OBSERVATION XXVII

Eugène L..., 44 ans.

Entre le 5 juillet 1912.

La crise a débuté, il y a trois jours.

A l'arrivée, plastron, météorisme. Intervention le 6 juillet.

Après avoir incisé la paroi abdominale épaissie et oedématisée, on trouve un abcès contenant un pus fétide. L'appendice est gangréné et perforé. On le résèque. Mèches. Le 2 septembre, le malade part guéri.

OBSERVATION XXVIII

Edouard L..., 25 ans.

Entre le 11 août 1912.

La crise remonte à plusieurs jours.

A l'entrée, vomissements bilieux; contracture de la paroi; douleur intense; température à 40°. Rien au toucher rectal.

Intervention le 13 août.

Enorme collection suppurée. On ne trouve pas l'appendice.

Contre-incision lombaire.

Drainage. Mèches.

Guérison.

OBSERVATION XXIX

Théophile V..., 33 ans.

Entre le 15 août 1912.

Ce malade eut, trois semaines avant son entrée, une crise d'appendicite, qui rétrocéda sous l'influence du traitement médical. Aussi, il y a six jours, fut-il purgé. Cette thérapeutique fut suivie de l'apparition d'une nouvelle crise, la crise actuelle.

A l'examen, existe un large empatement dans la fosse iliaque droite. La température est de 38°4.

Le 16 août, l'intervention conduit sur une énorme collection de pus fétide, brunâtre. Des lambeaux sphacelés représentent l'appendice; calculs stercoraux dans l'abcès.

Drainage et mèches.

Guérison.

A ces dix observations, nous devrions ajouter deux autres cas d'appendicite opérés à chaud, mais leur histoire clinique est banale, et ressemble à toutes celles que nous avons résumées. Elles guérissent du reste parfaitement.

Nous n'avons que peu de choses à ajouter à ces observations pour en tirer les quelques déductions nécessaires.

La méthode de traitement qui a été appliquée est celle qu'employait déjà M. Delore, dans la thèse de Duteil, en 1904, et qui consiste dans le large drainage et la recherche systématique de l'appendice. Dans la réalisation de ces deux principes il a toujours été fait usage d'une façon de procéder analogue à celle que nous indiquons à propos de l'appendicetomie à tiède. La recherche de l'appendice, d'une utilité incontestée aujourd'hui, est poursuivie avec douceur, du bout du doigt, en créant le moins de dégât possible, de même, d'ailleurs, que son ablation pour laquelle, dans les cas difficiles, pelviens ou rétro-cæcaux, la pince à demeure, sans aucun inconvénient, rend de sérieux services. A chaud, plus encore qu'à tiède, la sécurité du péritoine entraîne une exclusion soignée de la cavité de l'abcès, souvent cette exclusion est spontanément réalisée par l'accolement de la poche à la paroi abdominale antérieure, accolement qu'il faut respecter au cours des manœuvres et créer artificiellement

quand l'abcès profond est séparé par des anses libres de cette paroi antérieure. Le drainage doit ici être largement fait et évacuer rapidement la cavité, sous peine de voir survenir des complications locales.

Dans les grosses collections, et surtout dans les grosses collections rétrocæcales, lombaires, l'incision de Roux a été heureusement complétée dans deux de nos observations par une contre-incision lombaire qui a parfait le drainage. Dans l'observation XXVIII, la contre-incision avait été faite au cours même de l'intervention. Dans l'observation que nous rapportons maintenant, le drainage initial insuffisant avait provoqué d'abondantes hémorragies secondaires dans un psoïtis apupendiculaire, accidents qui cessèrent rapidement à la suite de la contre-incision.

OBSERVATION XXX

(Présentée par M. L. MICHEL à la Société des sciences médicales,
le 15 janvier 1913, *Lyon Médical*, 16 mars 1913.)

Malade entré, le 5 octobre 1912, dans le service du docteur Delore, avec le diagnostic d'abcès appendiculaire. La laparotomie, pratiquée à ce moment, ne montra aucune collection, pas plus que l'incision lombaire.

Le malade continua à garder de la température.

Le 24 octobre, constatant de la flexion de la cuisse droite, et la palpation décelant une collection dans la gaine du psoas, on fait une seconde intervention. On ne fit qu'une incision antérieure, dans la fosse iliaque interne, par où s'écoula près d'un litre de pus. On pensait cependant qu'il faudrait peut-être, si cela ne suffisait pas, faire une contre-incision postérieure.

Dans la suite, le malade alla mieux, et sa température baissa progressivement, lorsque, le 9 novembre, l'interne de garde fut appelé auprès de lui pour une très forte hémorragie dans le foyer de son abcès.

M. Delore fit alors une incision lombaire et passa un drain de cette incision à l'incision iliaque. L'hémorragie cessa dès lors et ne se renouvela pas.

Le malade alla de mieux en mieux et sortit guéri le 20 décembre.

Une autre indication particulière du drainage secondaire dans l'appendicite suppurée est le développement des abcès pelviens, nous avons eu l'occasion d'en voir traiter deux cas par le docteur Delore, qui tous les deux étaient apparus à la suite de l'emploi de la position de Fowler. Survenus tous les deux chez des hommes, ces abcès furent drainés par voie rectale, l'un le lendemain de l'intervention (obs. XX), l'autre treize jours plus tard (obs. XXVI).

Nous terminerons ces quelques considérations sur le traitement de l'appendicite à chaud par l'observation du seul cas de complication à distance que nous ayons vu évoluer dans les jours suivant une opération pour abcès appendiculaire, il s'agissait d'ailleurs d'une forme grave d'appendicite gangréneuse avec abcès qui, bien qu'opérée précocement, donna naissance à une parotidite gangréneuse heureusement guérie par l'incision, puis à diverses manifestations septicopyohémiques, qui témoignent suffisamment de la gravité toute particulière de l'infection initiale.

OBSERVATION XXXI

Appendicite gangréneuse, appendicectomie à chaud. Parotidite gangréneuse secondaire.

Jeune fille de 17 ans soignée par M. le docteur Piéry.

Début de l'affection le 27 mars 1912 par une douleur violente dans la fosse iliaque droite et des vomissements.

Le 30 mars 1912, on constate un petit plastron iliaque droit, de la douleur et de la défense de la paroi.

Pouls : 108. Température : 40°.

Etat général mauvais ; vomissements.

Opération le 30 mars 1913.

Incision iliaque droite qui ouvre le péritoine ; il y a autour de l'appendice du liquide noir en assez grande quantité, fétide, gangréneux. On assèche et on enlève l'appendice plein de pus.

Suites opératoires : fièvre. Etat général reste mauvais.

10 avril. On constate l'apparition, du côté droit de la joue d'une tuméfaction extrêmement douloureuse avec température à 39°9. Il s'agit d'une parotidite. On incise et on tombe sur un pus entièrement fétide et des débris gangrénés.

La guérison se fait lentement.

Le 30 avril, la malade, ayant toujours de la température, est examinée et l'on constate un petit plastron sous le rebord costal droit. On incise à ce niveau et l'on tombe sur un petit abcès contenant environ un verre à liqueur de pus.

Le 5 mai, début d'une phlébite du membre inférieur gauche, qui reste limitée et qui guérit relativement vite, puisque le 15 juin la malade part guérie.

CHAPITRE V

APPENDICITES OPÉRÉES A FROID

Nous serons très bref, en ce qui concerne cette partie de la statistique. L'appendicectomie à froid est actuellement l'opération pratiquée le plus couramment dans les services de chirurgie, elle doit-être, du fait de ses indications, aujourd'hui extrêmement élargies d'une bénignité absolue, les 30 cas que nous rapportons, opérés tant à l'hôpital (20) que dans la clientèle de ville (10) du docteur Delore, n'ont pas manqué à cette règle, nous n'avons, dans aucun cas, observé la moindre complication.

La plupart de ces malades avaient été traités chez eux pour une ou plusieurs crises bénignes antérieures et arrivaient dans le service après refroidissement, en demandant une opération qui les mît à l'abri de nouvelles poussées.

Quelques-uns pourtant, venus plusieurs jours après une crise légère, ne présentant ni température, ni accélération du poulx, ni d'ailleurs aucun symptôme abdominal, autre que la perception, dans quelques cas, d'une minuscule induration de la fosse iliaque, furent traités médicalement jusqu'au jour de l'intervention, qui était alors différée, aucune indication opératoire ne s'imposant. Comme nous le disions plus haut, les suites ont tou-

jours été très simples, et les quelques mots que nous donnons sur chacune de nos observations n'ont d'autre but que d'insister sur la brièveté du séjour à l'hôpital nécessitée actuellement par l'appendicectomie à froid.

La technique opératoire suivie ne s'écarte par aucun point de celle qui est aujourd'hui classique. Nous insisterons seulement sur la petitesse de l'incision cutanée, qui fut toujours pratiquée au niveau du bord externe du droit, c'est en effet à l'incision de Max Schüller que le docteur Delore a presque uniquement recours, plus rapide, très peu hémorragique, l'ouverture du plan musculo-aponévrotique à l'union du petit oblique et du bord externe du droit, ne semble pas avoir affaibli la paroi des malades opérés, et elle a, en outre, l'avantage d'être plus externe que le classique Jalaguier et de faciliter ainsi la recherche de l'appendice.

Cette recherche, pratiquée à travers une boutonnière péritonéale de dimensions très réduites, est grandement simplifiée par l'inversion du malade en léger Trendelenburg, dont l'emploi facilite singulièrement l'intervention dans les cas d'anesthésie mauvaise.

Les appendices prélevés présentaient presque toujours des traces des atteintes antérieures suffisamment nettes, pour vérifier le diagnostic à distance et justifier l'intervention.

OBSERVATION XXXII

Louise B..., 22 ans, entrée à Sainte-Catherine, hôpital de la Croix-Rousse.

Intervention le 22 février 1912; calculs stercoraux intra-appendiculaires.

Sortie le 30 avril.

OBSERVATION XXXIII

Aline C..., 17 ans.
Intervention le 22 avril 1912.
Sortie le 8 mai.

OBSERVATION XXXIV

Renée J..., 20 ans.
Intervention le 23 mai 1912.
Sortie le 10 juin.

OBSERVATION XXXV

Elisabeth C..., 21 ans.
Intervention le 23 mai 1912.
Sortie le 17 juin.

OBSERVATION XXXVI

Jeanne H..., 22 ans.
Intervention le 29 mai.
Sortie le 18 juin.

OBSERVATION XXXVII

Victoire G..., 27 ans.
Entre, le 27 mai 1912, dans le service du docteur Gallavardin, avec le diagnostic d'appendicite. On décide de la laisser refroidir.
L'intervention eut lieu à froid et la malade partit guérie le 16 juillet.

OBSERVATION XXXVIII

Antoinette T..., 25 ans.
Intervention le 2 juillet 1912.
Sortie le 21 juillet.

OBSERVATION XXXIX

Marie G..., 36 ans.
Intervention le 26 juillet 1912.
Sortie le 10 août.

OBSERVATION XL

Jeanne J..., 23 ans.
Intervention le 24 juillet 1912.
Sortie le 12 août.

OBSERVATION XLI

Marie B..., 20 ans.
Intervention le 20 août 1912.

OBSERVATION XLII

Angélique B..., 30 ans.
Intervention le 1^{er} septembre 1912.
Sortie le 7 octobre.

OBSERVATION XLIII

Pierrette G..., 17 ans.
Intervention le 16 septembre 1912.
Sortie le 8 octobre.

OBSERVATION XLIV

Gabrielle C..., 28 ans.
Intervention le 3 août 1912.
Sortie le 17 août 1912.

OBSERVATION XLV

Joseph B..., 29 ans.
Intervention le 20 mars 1912.
Sortie le 4 avril.

OBSERVATION XLVI

Alfred L..., 26 ans.
Intervention le 2 août 1912.
Sortie le 17 août.

OBSERVATION XLVII

Joseph F..., 20 ans.
Intervention le 7 août 1912.
Sortie le 22 août.

OBSERVATION XLVIII

Félix G..., 30 ans.
Appendicite et hernie.
Opéré le 30 août 1912.
Sortie le 15 septembre.

OBSERVATION XLIX

Cléude T..., 40 ans
Refroidi dans le service.
Intervention le 17 décembre 1912.
Sortie le 14 janvier 1913.

OBSERVATION L

Francisque C..., 30 ans.

Intervention le 21 décembre 1912.

Sortie le 24 janvier 1913.

OBSERVATION LI

Alexandre B..., 28 ans.

Appendicite et hernie droite.

Opéré le 20 décembre 1912.

Sortie le 5 janvier 1913.

Plus 10 cas d'appendicites opérées à froid en dehors de l'hôpital.

CONCLUSIONS

1° On peut actuellement poser en principe que le traitement médical de l'appendicite est insuffisant.

2° Toute appendicite doit être opérée le plus rapidement possible. L'idéal est d'intervenir dans les quarante-huit premières heures.

3° Passé ce délai, à moins que la crise n'ait complètement tourné court, on devra également opérer sans attendre le refroidissement, pour ne pas laisser le malade à la merci de complications graves qui peuvent survenir dans toutes les formes. D'autant plus que souvent le refroidissement est très difficile à obtenir et immobilise le malade pendant de longues semaines au lit.

4° L'intervention sera aussi complète que possible et devra toujours se terminer, à moins d'empêchement absolu, par l'ablation de l'appendice, qui sera d'autant moins difficile qu'elle sera plus précoce.

Vu :

Vu :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

Le Président de la thèse,

WEILL.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 12 juin 1913.

Le Recteur Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ALAPY. — Die frühoperation bei Appendicitis, 1903.
- ALAMARTINE et BÉRARD. — L'opération précoce dans l'appendicite aiguë. *Province médicale*, 1907, p. 275.
- ARNAUD. — Thèse de Lyon, 1911. Traitement des péritonites aiguës.
- BAR. — Les résultats du traitement de l'appendicite à l'hôpital cantonal de Münsterlingen de 1900 à 1907. *Beiträge z. klinischer Chirurgie*, 1908, t. 59, f. 3, p. 642.
- BURGESS (Manchester). — Statistique de 500 opérations à chaud d'appendicites. *The British med. Journal*, 1912.
- BODE. — Die Chirurgie behandlung der appendicitis auf gründ von 450 operationen in akuten Stadium. *Beitrg. zur Klin. Chir.*
- BOBROW. — Appendicitis und ihre Behandlung, 1896.
- BERNAYS. — Prompt operation in the bigining of the attack. will save nearly all cases of append. *Med. News*, 1903. May.
- BORNHAUPT. — Zur Frühoperation des Append. V. *Langenb. Arch.*, 1903.
- BROCA. — L'appendicite, formes et traitement. *Actualités médicales*, Paris, Baillières, 1900.
- CHAPUT. — Traitement de l'appendicite. *Gaz. heb.*, 1899.
- CHEYNE W. W. — On the operat. treatm. of early acute append. *Clin. Journal*, v. p. 152. 1894.
- DELBET. — Traitement de l'appendicite. *Revue de chirurgie*, 1903.
- DELORME. — Sur le traitement de l'appendicite. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1899.

DEPARKE. — L'opération précoce dans l'appendicite. Thèse de Paris, 1910-1911.

DIEULAFOY. — Sur le traitement de l'appendicite. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1899, 1-16.

— Sur le traitement de l'appendicite. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1902.

DIEULAFOY et LUCAS CHAMPIONNIÈRE. — *Bull. Acad. méd.*, 1899.

DIEULAFOY. — Attendre pour opérer, que l'appendicite soit refroidie, c'est envoyer le malade à la mort. *Presse médicale*, 1902.

DERS. — Appendicite infectieuse compliquée de péritonite traitée avec succès par la résection de l'appendice. Soc. de chirurgie, Paris, 1895.

— Le traitement de l'appendicite. *Journal de chirurgie. Annales de la Société belge de chirurgie*, Bruxelles, 1902.

— Sur un point particulier du traitement des appendicites aiguës. *Bulletin de la Société de pédiatrie*, Paris, 1901.

— Sur l'appendicite et son traitement. *Annales de méd. et de chirurgie infantiles*, 1902.

DELAGENIÈRE. — De l'intervention précoce dans l'appendicite aiguë, indications opératoires et résultats. *Arch. méd. d'Angers*, 1901.

DUBARRY. — Etude statistique de 52 cas d'appendicite opérés en 18 mois par M. le docteur Tuffier, Paris, 1901.

DUTEIL. — L'incision des collections appendiculaires suppurées. Thèse de Lyon, 1904-1905.

DOERFLER. — Weitere Erfahrung uber Appendicitis mit Berücksichtigung der Frühoperation. *Münch. med. Wochenschr.*, n° 17-18, 1905.

DURAND et THÉVENOT. — *Lyon médical*, 21 janvier 1906.

EBNER. — Etat actuel du diagnostic et du traitement de l'appendicite. *Sammlung klinischer Vorträge*, 1908, n°s 489-491.

FERRAND. — Sur le traitement de l'appendicite. *Bull. de l'Académie de méd.*, p. 215, 1899.

- FROMME (Göttingen). — Statistique de Braun. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, février 1911.
- GASTOU. — G.M.F. Early operation in app. with. a case. *Atlanta med. and surg. Journ.*, 1894. *Alabama med. and surg.*, 1894.
- GUEBELE. — Der Standpunkt der Munchner chirurgischen klinik in der Frage der Appendicitis und Perityphlilitis. *Munch. med. Wochenschrift*, 1904.
- GIBBONS. — Dangers attendant. on attempt. at. gaining the interval in oper for append. *Journ. Amer. med.*, 1903.
- GRASER. — Über die Frühoperation bei Perityphlitis. *Munch. med. Wochenschrift*, 1902.
- HARSCHA. — The early treatm. and indications for. op. in app. *Journ. amer. med.*, 1898.
- HARTMANN. — Rapport sur le traitement des péritonites aiguës. 24^e Congrès de chirurgie, Paris, 1911.
- JABOULAY. — Intervention tardive, expectation ou intervention retardée dans l'appendicite. *Lyon médical*, 29 novembre 1891.
- JALAGUIER. — Traitement de l'appendicite. *Gaz. med. de Paris*, 1895.
- KIRMISSON. — Traitement de l'appendicite. *Bull. et mém. Soc. de chirurgie de Paris*, 1895.
- KAMMERER. — App. perfor. appendin tied of the 3 day of a perityphl. attak. *New-York med. Journal*, 1892.
- KEEN W. W. — The indications for early laparotomy in app. *Annals of surg.*, 1891.
- KINGSLEY. — A case of ulcerative app. illustrating and the necessity for early. surg. interier. *Brooklyn med. Journ.*, 1891.
- KOCHER A. — Eine Methode früher Radikaloperation bei Perityphlitis. *Korrespondenzellen f. Schweizer Ärzte*, 1900.
- KOCHER. — Appendicite gangréneuse et opération précoce. *Korrespondenz-Blatt f. Schweizer Aerzte*, 1908, n° 13, p. 409 et n° 14, p. 454.

- LAURIE G. — App. acuta Entfernung der Appendicitestunden nach einsetzen der symptome *Glasgow med. Journal*, 1901.
- LEGUEU. — Traitement de l'appendicite, monographie clinique, 1899.
- LEJARS. — Les indications oper. de l'appendice. *Journ. de méd. de Paris*, 1903.
- MAC BURNEY. — The indication for early laparotomy in app. *Annals of surg.*, 1891.
- MAHAR. — Traitement de l'appendicite aiguë. Indications opératoires. Thèse de Paris, 1903-1904.
- MAUSEL-MOULLIN. — Sur la signification de quelques-uns des signes de l'appendicite au point de vue de l'urgence d'une opération. *British medical Journal*, 1908, n° 2487, p. 541 à 544.
- NOVÉ-JOSSERAND. — Discussion sur le traitement de l'appendicite. *Bull. Soc. de chirurgie de Lyon*, 1900.
- PICOU et BOLOGNESI. — Etat actuel de la question sur la nature et sur le traitement de l'appendicite. *Bull. gén. de thérap.*, 1902.
- POIRIER. — Sur le traitement de l'appendicite aiguë. *Bull. Soc. de chirurgie*, 1898.
- QUERVAIN F. — A quel moment faut-il opérer dans les crises d'appendicite. *Semaine médicale*, 1900.
- ROTTER. — Erfahrung mit der Operations der Akuten epityphlitis in den ersten 48 stunden. *Deutsche med. Wochenschrift*, 1905.
- SAMPSON-HANDLEY (Londres). — Dangers de l'appendicite et moyens de les prévenir. *The Practitioner*, décembre 1911.
- SAVARIAUD. — Traitement de l'appendicite aiguë au début de la crise. Société de chirurgie de Paris, 6 mai 1913.
- SCHNITZLER. — 2.000 opérations d'appendicite. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1909.
- SIRON. — Intervention précoce dans les péritonites diffuses d'origine appendiculaire. Thèse de Paris, 1896-1897.

SONNENBURG. — Opération précoce dans l'appendicite. 33^e Congrès de chirurgie, 1904.

SOUTHAM. — L'opération précoce dans l'appendicite aiguë. *The Lancet*, 1908, n° 4408, p. 491-494.

TÉMOIN. — Rapport. 24^e Congrès de chirurgie, Paris, 1911.

TURNER G.-R. — Statistique des opérations d'appendicite pratiquées au Saint-Georges Hospital, de 1894 à 1909. *The Lancet*, juillet 1909.

VIANNAY. — Un nouveau cas d'appendicectomie à chaud précoce. *Province médicale*, 1912, p. 283.

ZIEDLER et BOLIARSKY. — Opération précoce dans l'appendicite (464 cas depuis 1905). *Vratchebnaïa Gazeta*, Saint-Pétersbourg, 1912.

TABLE DES MATIERES

Avant-propos	9
Historique du traitement de l'appendicite	10
Traitement de la crise appendiculaire	11
Traitement des abcès	21
Traitement de la péritonite	23
Exposé général des observations	29
Appendicites opérées à chaud	51
Dans les quarante-huit premières heures	51
Plus de quarante-huit heures après le début	54
Appendicite opérées à froid	62
Conclusions	70
Bibliographie	71

